

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Autor: Karolína Nechanická

Analýza vybraných Harm reduction peerwork programů v České Republice.

Analysis of specific Harm reduction Peer Programms in the Czech Republic.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Janíková

Praha, 2013

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala paní Mgr. Barbaře Janíkové za její vstřícnost, trpělivost, odborné rady a připomínky, které mi při zpracování mé práce velmi pomohly.

Chtěla bych také poděkovat za poskytnutý čas a informace pracovníkům a klientům programů Sananim, o.s., Progressive, o.s. a Most k naději, o.s.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 30.04. 2013

Karolína Nechanická

Podpis:

Identifikační záznam

Nechanická, Karolína. *Analýza vybraných Harm Reduction peerwork programů v ČR. [Analysis of specific Harm reduction Peer Programmes in the Czech Republic.]*. Praha, 2013. 50 s., Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Barbara Janíková.

Abstrakt

V západních zemích se na tvorbě protidrogových politik a zkvalitňování harm reduction služeb aktivně podílejí uživatelé drog v rámci daného programu nebo vytvářením vlastních organizací. Nízkoprahové programy, které zaměstnávají současné nebo bývalé uživatele drog, fungují v České republice v malém množství.

Cílem práce je zjistit a popsat principy fungování těchto programů, jaké nástroje a metody při spolupráci využívají, jaká je jejich efektivita a jaký názor na své zaměstnání mají samotní pracovníci-uživatelé. Jedním z vedlejších cílů je charakterizovat skryté uživatele drog.

Sběr dat byl prováděn kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů, doplněn o kvantitativní statistická data z výročních zpráv jednotlivých programů. Výzkumný soubor tvoří šest respondentů, vždy jeden vedoucí a jeden zaměstnaný uživatel, z organizací Sananim, o.s., Progressive, o.s. a Most k naději, o.s.

Výzkumem se podařilo popsat metody a principy, jež programy využívají ke spolupráci s peerworkery, zjistit názor samotných pracovníků na tuto práci, službu. Bohužel se nepodařilo docílit úspěšné a jasné charakteristiky uživatelů tvořící uzavřenou drogovou scénu.

Výsledky výzkumu mohou posloužit jako vzory a inspirace pro rozvíjení nových forem spolupráce v nízkoprahových službách.

Klíčová slova: harm reduction – peerwork – terénní program – organizace uživatelů drog – nízkoprahové programy

Abstract:

In Western countries, the drug users participate in creation of drug policies and improve harm reduction services in the program or creating their own organizations. Low-threshold programs, which are employing actual or ex drug users, operate in the Czech Republic in small amounts.

The aim of this bachelor's thesis is to identify and describe the principles of the program, what tools and methods are used in the cooperation, effectivity of programs and attitudes toward their jobs to workers themselves-users.

The data were collected using semi-structured qualitative interviews, supplemented with quantitative statistical data from the annual reports of individual programs. The research group consists of six respondents, with one leader and one employed user of the organization Sananim, o.s., Progressive, o.s. and Most k naději, o.s.

The research was able to describe the principles and methods that programs use to work with peerworkers and also find the view workers themselves to this work, service. Unfortunately we could not achieve a successful and bright characteristics of users forming a closed drug scene.

The research results can serve as models and inspiration for developing new forms of cooperation in low-threshold services.

Keywords: Harm reduction – peerwork – out-reach programmes – drug users organisations – low-threshold programmes

Obsah

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Harm reduction	9
1.1 Vymezení pojmu	9
1.2 Principy	9
2. Nízkoprahová kontaktní centra	10
2.1 Pojem nízkoprahovost	10
2.2 Kontaktní práce	11
2.2.1 Kontaktní centra	11
2.2.1.1 Služby	12
2.2.1.2 Cíle kontaktních center	12
2.2.2 Terénní programy	12
2.2.2.1 Cílová skupina	13
2.2.2.2 Typy terénní práce	14
2.2.2.3 Poskytované služby	14
2.2.2.4 Cíle terénních programů	15
3. Problémové užívání drog	16
4. Drogová scéna	16
5. Peer involvement (Zapojení uživatelů drog)	17
5.1 Definice peer pojmu	17
5.2 Typologie zapojovaných uživatelů a jejich rizika	17
5.2.1 Aktivní uživatelé	18
5.2.2 Bývalí uživatelé	18
5.2.3 Neuživatelé	18
5.3 Jak zapojit uživatele drog	18
5.3.1 Fokální skupiny	18
5.3.2 Rada uživatelů drog	19
5.3.3 Peer interence	19
5.4 Organizace uživatelů drog	19
5.4.1 Typy a funkce OUD	20
5.4.2 Cíle OUD	21
5.5 Cíle zapojování uživatelů drog	22
6. Peerwork v Harm Reduction	22
6.1 Historie	22
6.1.1 Oblast zdravotnictví	23
6.1.2 Oblast uživatelů drog	23
6.2 Charakteristika	24
6.3 Proč provádět harm reduction peerwork	25
6.4 Základní principy a cíle pro peerwork	25
PRAKTICKÁ ČÁST	27
7. Výzkumné otázky a výzkumné cíle	27

7.1	Cíle	27
7.2	Výzkumné otázky	27
8.	Metody tvorby dat	27
9.	Charakteristika výběrového souboru	29
9.1	Sananim, o.s.....	29
9.2	Progressive, o.s.....	30
9.3	Most k naději, o.s.....	30
10.	Metody analýzy dat.....	31
11.	Etika výzkumu.....	32
12.	Výsledky	33
12.1	Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou filozofická východiska, principy a způsoby organizace peerwork programů ve vybraných organizacích?	33
12.2	Výzkumná otázka č.2: Jaké jsou rozdíly ve fungování programu v jednotlivých organizacích?	34
12.3	Výzkumná otázka č.3: Jaká je typologie klientů, kteří nejsou v kontaktu s K-centry a běžnými terénními programy?	36
12.4	Výzkumná otázka č.4: Co očekávají poskytovatelé služeb od zavedení pozice peerworkerů?.....	37
12.5	Výzkumná otázka č.4: Jaký postoj k této službě zaujímají samotní peer pracovníci	37
12.6	Výzkumná otázka č. 6: Jaká je efektivita peer programů?.....	39
13.	Diskuse	44
14.	Závěr	46
15.	Použité zdroje	48

Úvod

Nízkoprahové programy poskytující službu terénních výměnných programů mají pokrytí téměř po celé České republice a jsou základem adiktologických služeb. Tyto programy nabízejí služby uživatelům drog, které také vyhledávají a oslovují. Terénní pracovníci jsou efektivním nástrojem pro navazování nových kontaktů s uživateli a jejich zapojení do sítě služeb pro uživatele drog. Někteří terénní pracovníci se nevyskytují jen na otevřené drogové scéně, ale navštěvují také bary, kluby, v některých případech provádějí výměnu i na bytech uživatelů drog. Nicméně existuje zde stále populace, která má nedůvěru k terénním programům či jakýmkoli službám, tudíž je na místě otázka, jak tuto populaci ošetřit HR principy?

O existenci peerwork programů jsem neměla tušení, dokud nepřišel klient s myšlenkou vykonávat obecně prospěšné práce výměnným programem na uzavřené drogové scéně. Dohledávala jsem na českém internetu kde a jak tyto programy fungují a množství nalezených informací bylo minimální. Existuje zde pár programů, které s uživateli drog spolupracují, oproti tomu v západních zemích je spolupráce s uživateli drog na vysoké úrovni jak v oblasti výměnných programů, tak formování drogových politik.

Práce je rozdělena na teoretickou část, v níž přibližuji oblast nízkoprahových služeb a také poukazuji na organizace uživatelů drog a na různé úrovně zapojení uživatelů drog v zahraničí. Praktická část vychází z rozhovorů s vedoucími a peerworkery vybraných programů, jejichž výsledkem je popis fungování, principů a dalších dílčích složek existence programů.

Teoretická část

V této části práce bych ráda představila princip harm reduction, dle kterého jsou poskytovány nízkoprahové služby, provozovány kontaktní centra a terénní programy. Tyto služby se snaží spolupracovat s uživateli drog, v České republice se jedná o malé množství programů, které vycházejí ze zahraničních modelů. Na mezinárodní úrovni vznikají také organizace uživatelů drog, které zde také popíši.

1. Harm reduction

1.1 Vymezení pojmu

V překladu termín harm reduction (HR) znamená snižování škod, rizik spojených v kontextu nízkoprahových služeb zejména s aktivním užíváním drog. Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA) definuje pojem HR jako koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. HR je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost.

Janíková (2008) definuje HR v užším smyslu jako soubor strategií, redukující negativní dopady užívání drog, a zároveň zahrnuje spektrum strategií počínaje bezpečným užíváním až po strategie vedoucí k abstinenci. HR strategie se snaží pracovat s klienty „tam kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné.

1.2 Principy

Přístup HR vycházel z modelu zvaného „public health“, což v překladu znamená, ochrana veřejného zdraví. Tento přístup vznikl jako reakce na šíření infekčních nemocí v populaci uživatelů drog. Oba modely mají v rámci prevence mnoho společného, rozdílnost v přístupu „public health“ je, že si klade za cíl ochranu celé společnosti. Přístup „harm reduction“ klade důraz na individuální potřeby uživatelů drog (Janíková, 2008).

Základní principy a strategie HR (Hrdina, 2003):

1. HR je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti. Od jejich přístupů jako jsou převýchova, důsledná abstinence, atd.

Nabízí širokou paletu nástrojů a postupů, jak snížit škodlivé konsekvence závislého chování.

2. HR považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícím klientem.

3. HR uplatňuje nízkoprahový přístup. Na klienty nejsou kladeny pro ně nereálné požadavky, např. abstinence. Vedle toho nechce klienty ani identifikovat, nezjišťuje jejich nacionále.

Koncept harm reduction se nestaví k užívání drog jako společenskému nežádoucímu chování, jehož pachatele bychom měli trestat, ale respektuje lidská práva, která se vztahují na každého člověka.

2. Nízkoprahová kontaktní centra

V následujících řádcích uvedu nízkoprahové programy, které jsou v kontaktu s aktivními uživateli drog a právě tyto programy s nimi také v ČR spolupracují.

2.1 Pojem nízkoprahovost

Nízkoprahový lze považovat jako měřítko, čím nižší práh, tím jsou služby dostupnější, otevřenější a s menšími požadavky na zájemce. Pokud službu uděláme například bezplatnou, její práh se sníží pro všechny, kteří nemají peníze nebo nechtějí za službu platit, dalším krokem může být anonymita atd.

Pojem nízkoprahový v Pojmosloví NZMD je charakterizován následujícími body:

- Zařízení je v prostředí blízkém cílové populaci, jak svým charakterem, tak svou situací.
- Klientům je zde poskytována služba anonymně, k jejímu využití není třeba registrace. K vytvoření a vedení dokumentace nutné pro poskytování služeb je nezbytný souhlas klienta s právem do ní nahlížet.
- Pro využívání služby není nutná registrace, zároveň kdy a jaké služby využije si rozhodne sám klient.
- Sníženy bariéry vstupu, pro všechny bez omezení. Klient nesmí ohrozit ani omezit ostatní klienty, pracovníky a efektivitu služby.
- Služby jsou bezplatné a jejich cíle jsou praktické a věcné.

Nízkoprahovost můžeme chápat jako princip, jímž se inspirujeme a jímž poměřujeme chod sociální služby. Nejde o universální poučku s jednotným výkladem, ani o souhrn přesných postupů (co a jak má vypadat) (Klíma et. al., 2008).

2.2 Kontaktní práce

Kontaktní práce je v publikaci Definice a výkonů drogových služeb (2006) charakterizována jako důležitý bod, v němž se vytvoří základní pracovní rámec, jenž je potřebný pro realizaci služby. Rámec je vytvářen z aktuální situace a potřeb klienta.

Při kontaktní práci je důležitý první kontakt, při kterém dojde k navázání klienta, vymezí se pracovní rámec a jsou mu představeny služby, které mohou být následně párovány s jeho potřebami. Jak dále publikace uvádí, neoddělitelnou součástí kontaktní práce je i získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta.

Kontaktní práce dle Kaliny (2001) je diferencována na dvě formy: 1) nízkoprahová centra (stacionární) a 2) streetwork či terénní práce (mobilní).

2.2.1 Kontaktní centra

Kontaktní centra splňují kritéria výše uvedené nízkoprahovosti, jsou určena pro uživatele drog, ale také pro jejich okolí. Aby byl snížen práh dostupnosti pro aktivní uživatele, je dáno, že abstinence zde není podmínka k využívání služeb. Dalšími důležitými nástroji jsou anonymita a bezplatnost.

V zákoně 108/2006 o sociálních službách jsou definována jako

(1) nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc, při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

2.2.1.1 Služby

Centra nabízejí velké množství služeb, které jsou poskytovány dle potřeb klienta. Mezi hlavní služby patří kontaktní práce, což je dle Janíkové (2008) navázání a prohlubování kontaktu, minimalizace rizik a škod spojených s užíváním drog, edukace o bezpečné aplikaci, nabídka asistenční služby, informace o léčbě apod. Dále také uvádí službu poradenství, které může být situační, např. krizová intervence, tak strukturované, jenž může dovést klienta do léčby. Jak uvádí Libra (2003), poradenství může probíhat také formou krátkodobé intervence pro rodinu klienta. Výměnný program, služba, které využívá nejvíce návštěvníků kontaktních center, zde se nejedná pouze o výměnu injekčního materiálu, ale také distribuci alkoholových tampónů, kyseliny askorbové, vatových tampónů a sterilní vody. Pokračujeme-li v nabídce služeb dle Janíkové (2008), je dále poskytováno základní zdravotní ošetření drobných poranění, menších abscesů atd. Samozřejmostí je neodkladná péče ve formě poskytování první pomoci. Pro klienty je nabízeno testování na infekční nemoci, minimálně HIV a HVC někde také HVB a BWR. V některých K-centrech jsou tzv. doplňkové služby zahrnující hygienický servis (sprcha, praní prádla), potravinový servis (základní potraviny, nápoje) a vitaminový servis.

2.2.1.2 Cíle kontaktních center

Hlavním cílem kontaktních center je, jak uvádí Libra (2003), aplikovat princip HR v praxi a tím snížit sociální a zdravotní důsledky zneužívání návykových látek jak u samotných uživatelů, tak v celkové populaci. Jako další cíle uvádí: navázat co největší část skryté populace uživatelů drog na nízkoprahové služby s úmyslem minimalizovat jejich rizikové chování, sdílení injekčního materiálu, pomocí efektivních a nabízených služeb, poskytnout jim důležité informace a poradenství, motivační trénink, jehož úspěšností může být cesta klienta směrem k abstinenci od drog.

2.2.2 Terénní programy

Terénní program neboli streetwork, z angličtiny přeloženo jako práce na ulici, je chápán jako otevřené neinstitucionalizované prostředí pro vykonávání tzv. kontaktní práce. Metoda práce je aktivně vyhledávací, doprovodná, mobilní a

zahrnující nízkoprahovou nabídku sociální pomoci. Pracovník se vydává do prostředí, v němž se cílová skupina vyskytuje, snaží se vnímat dynamiku daného prostředí, přizpůsobuje se procesům života v tomto specifickém světě (Bednářová, Pelech, 2003).

Rhodes (1999) uvádí, že terénní práce spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace, mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby. Důvodem potřeby takových služeb je, že cílové skupiny populace se nedaří existujícími způsoby intervence účinně oslovit nebo tyto intervence neposkytují služby pro cílovou skupinu potřebné.

V zákoně o sociálních službách § 59 Sb.108/2006 jsou terénní programy definovány jako terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života.

2.2.2.1 Cílová skupina

Rhodes (1999) zastává tvrzení, že terénní práce je nejefektivnější, pokud se definuje, jakou cílovou skupinu oslovit a z jakých důvodů. Cílovou populaci lze adekvátně vyměřit široce, například jako skupinu „nitrožilních uživatelů drog“ nebo „uživatelů stimulujících látek“, pouze v případě, že pro ni skutečně nejsou zaměřeny žádné jiné formy služeb. Toto tvrzení doplňuje Kalina (2001), který píše, že rizikovní jednotlivci nejsou efektivně zachycováni institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují.

Cílová skupina rizikových klientů je dle Hrdiny a Kočišové (2003) charakterizována rizikovým chováním bez jakékoli motivace ke změně. Hlavním cílem je vytvořit s klientem vztah založený na důvěře a pak je následně možné pracovat na motivaci ke změně rizikového chování. Jako důležité nástroje k usnadnění navázání kontaktu jsou poskytované služby, kvůli kterým je pro klienta pracovník zajímavý, např. výměnný program.

Cílovou skupinu můžeme následně dělit dle několika kritérií, například dle charakteru zneužívané látky nebo jako Bednářová a Pelech (2003) dle délky drogové kariéry a míry závislosti:

- 1) experimentátory (jednorázové uživatele),
- 2) rekreační(víkendové) uživatele, tj. tzv. problémové uživatele,
- 3) drogově závislé,
- 4) odléčené toxikomany

nebo jako Rhodes (1999) specifickou podskupinu, z oblasti nitrožilních uživatelů:

- mladí nitrožilní uživatelé (do 25 let)
- lidé, kteří s nitrožilní aplikací drog právě začínají nebo začali nedávno (tzn. ne déle než 3 roky)
- lidé, kteří příležitostně nebo rekreačně nitrožilně aplikují drogy
- nitrožilní užívání stimulujících drog
- ženy
- uživatelé z etnických menšin
- dlouhodobí uživatelé, kteří nemají žádnou zkušenost s existujícími službami

2.2.2.2 Typy terénní práce

Terénní práci lze rozlišit také dle několika kritérií, například dle toho kým je poskytována, kdy nebo také jak uvádí Rhodes (1999) kde. Ve své publikaci rozlišuje tři typy terénní práce na základě místa:

- nezávislá práce v terénu vykonávaná nezávisle na institucích,
- terénní práce v domácnostech, nejčastěji v případě uživatelů drog na malé pouliční drogové scéně nebo u dealerů,
- komunální terénní práce, která se nesoustřeďuje na jednotlivce ale na instituce a organizace, např. nevěstince, věznice apod.

2.2.2.3 Poskytované služby

Nabízené služby jsou velice podobné jako v kontaktních centrech, oba programy jsou nízkoprahové, snaží se o aplikaci HR principů a navázat kontakt s co největším počtem uživatelů drog. Terénní programy stojí na počátku kontaktu cílové populace s institucemi. Kalina (2001) uvádí služby v bodech:

- výměna injekčních jehel a stříkaček,

- distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní vodu, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiovou fólii pro úplný odklon od nitrožilního užívání,
- distribuce kondomů,
- základní zdravotní ošetření,
- základní, tzv. kontaktní poradenství a informace,
- distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod.

Na službu ze dvou úhlů pohledů nazírá Hrdina a Korčíšová (2003) a to za 1) snižují se rizika spojená s injekční aplikací a za 2) je výměna nástrojem pro navázání kontaktu, neboť pracovník je kvůli němu kontaktován klientem. Dále taky dodává, že mezi poskytované služby patří krizová intervence zaměřená na zvládání aktuálních problémů.

2.2.2.4 Cíle terénních programů

- Minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost
 - udržet nízký výskyt, případně i snížit výskyt infekčních nemocí HIV/AIDS, VHC a VHB,
 - snížit počet úmrtí v souvislosti s užíváním drog,
 - předcházet kriminalitě,
 - předcházet dalším onemocněním v souvislosti s užíváním drog,
 - učit uživatele drog „bezpečnějšímu“ užívání návykových látek,
 - sběr použitého injekčního materiálu.
- Motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci,
 - motivovat klienty ke kontaktu s dalšími službami pro uživatele drog,
 - motivovat klienty k řešení jejich sociální situace.
- Monitorovat drogovou scénu v daném regionu za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině (Hrdina, Korčíšová, 2003).

3. Problémové užívání drog

Dle EMCDDA je definováno problémové užívání jako injekční užívání drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů, kokainu a/nebo metamfetaminu. Dále také uvádí, že do této definice výslovně zahrnuje pravidelné nebo dlouhodobé užívání předepsaných opiátů, jako např. metadon, ale nezahrnuje jejich náhodné nebo nepravidelné užívání, stejně jako nezahrnuje extázi či konopí.

Ve výroční zprávě za rok 2011 je dále konkretizována česká definice, která nezahrnuje užívání kokainu, neboť počet uživatelů kokainu v datových zdrojích použitých k odhadům (u využívaných specializovaných služeb) je v ČR na nízké úrovni.

V této zprávě je také udán počet problémových uživatelů v ČR za rok 2011, který čítá na 42 000 jedinců, z nich si 38 600 uživatelů drogy injikuje.

Problémové užívání OPL s sebou nese nejvyšší přímé i nepřímé společenské náklady, zatěžuje zdravotní i represivní systém a představuje významné zdravotní riziko nejen pro uživatele, ale i pro celou společnost (Zábranský, 2001).

4. Drogová scéna

Uživatelé drog se shromažďují na určitých místech, kterou nazýváme drogová scéna. Tyto scény aktivně vyhledávají terénní programy a snaží se zde oslovovat potencionální klienty. Čím uzavřenější scéna je tím nižší je pravděpodobnost, že do ni terénní pracovníci proniknou, což se snaží ošetřit některé programy zapojováním aktivních uživatelů drog do HR služeb, kteří mají na uzavřené drogové scény přístup.

V Glosáři pojmů (Kalina, 2001) drogová scéna představuje místo či místa, kde se shromažďují uživatelé nezákonných drog a kde obvykle probíhá konečný článek obchodu a distribuce (dealing). Rozlišuje se drogová scéna otevřená (veřejné či veřejně dostupné prostory jako jsou parky, ulice, náměstí, nádraží, průchody), polootevřená (restaurace, kluby a jiné zábavní místnosti) a uzavřená (byty, soukromé kluby a akce).

V České republice je dle výroční zprávy za rok 2011 v kontaktu s nízkoprahovými službami v Praze 80% uživatelů drog a mimo Prahu 67% , takže

je snadné dopočítat, že zbylých 20% pro Prahu a 33% mimo Prahu tvoří uzavřenou drogovou scénu.

5. Peer involvement (Zapojení uživatelů drog)

V následující kapitole chci popsat zapojování uživatelů drog do programů na různých úrovních, přičemž cílové bude zapojení v HR službách. V mezinárodním měřítku je spolupráce s uživateli drog na velmi vyspělé úrovni a stále se vyvíjí, u nás proces zapojování je znám již dlouho z léčebných terapeutických programů, to se týká zejména ex-userů, oproti tomu zapojování aktivních uživatelů je sice známo, ale jen zřídka se spolupráce vytváří.

V publikaci skupiny Pompidou (2009) je zapojení uživatelů drog složitý problém, který zahrnuje mnoho rozdílných metod: podpora vrstevníků, výchova vrstevníků, vrstevnické projekty, svépomocné skupiny, komunitní skupiny, rady uživatelů drog a mnoho dalších. Je nutné rozlišovat dvě úrovně spolupráce, kdy první je zapojení uživatelů v organizacích a službách a druhé je zapojení na úrovni posílení protidrogových politik.

5.1 Definice peer pojmu

Slovo peer vzniklo před stoletími jako britský výraz vyjadřující příslušnost k jedné z pěti vrstev aristokracie. Moderní pojetí tohoto slova znamená: „Jedinec, jehož postavení je rovnocenné s ostatními; respektive představitel určité společenské skupiny osob, které jsou si podobny věkem, vzděláním nebo společenským postavením“ (Svenson et al., 2003).

Z webových stránek peerinvolvement.eu se skupina peerů vymezuje takto: sdílíme identitu („svůj k svému“), ale nejsme identičtí („jsme rozdílní“). To, že máme společné zájmy nebo hodnoty automaticky neznamena, že vás ostatní vidí jako svého vrstevníka. Být peerem je více než být si s někým rovný nebo stejný jako on, je to o vzájemném uznání, že máme důležitý společný problém, což platí pro obě strany.

5.2 Typologie zapojovaných uživatelů a jejich rizika

Celý tým by měl být multidisciplinární a rozmanitý, v čemž se skýtají určitá rizika konfrontací názorů a pohledů na určité situace.

5.2.1 Aktivní uživatelé

Aktivní uživatelé mohou být účinnými zaměstnanci, jejich pracovní nasazení může být ovlivněno nároky závislosti a také neznalostí pracovních návyků jako například pracovní doba či spolehlivost. Mohou mít také komplikace s vrstevníky, se kterými jsou v užších vazbách, s řešením otázek nebezpečné aplikace a rizikového sexuálního chování.

Jejich problematika je řešena prostřednictvím školení, podpory, supervize nebo jsou zaměstnáváni stabilizovaní uživatelé, tj. na substituci.

5.2.2 Bývalí uživatelé

Bývalí uživatelé mohou sloužit pro aktivní uživatele jako vzor a dále mohou využívat svých zkušeností v pomoci současným uživatelům upravit rizikové chování a poskytování poradenství a motivaci k léčbě.

Komplikace této skupiny mohou být v zastaralých znalostech a praktikách v oblasti drog, jejich přístup k aktivním uživatelům může být omezen. Jejich kontakt s uživateli může být ovlivněn předsudky a zároveň při kontaktu s drogami a stresem může docházet k relapsům. Všechna možná rizika je nutné ošetřit školením, pohotovostními plány a profesionálním dohledem.

5.2.3 Neuživatelé

Mají větší znalosti v sociální oblasti a psychologii, ale obtížněji pronikají mezi uživatele drog. Musejí si získat jejich důvěru a zároveň se musí zbavit předsudků směrem k uživatelům (WHO, 2007).

5.3 Jak zapojit uživatele drog

Míra a způsob zapojení jsou uváděny každým autorem trochu jinak. Způsob dle skupiny Pompidou (2009), zahrnuje jak zapojení na úrovni tvorby politik, tak v léčebných zařízeních i ve vrstevnické podpoře v HR, neobsahuje však organizace uživatelů drog, které jsou popsány samostatně v následující kapitole.

5.3.1 Fokusní skupiny

Je typ kvalitativního výzkumu, při kterém jsou uživatelé zapojeni do interaktivní diskuze na posouzení a vyhodnocení lokální služby na místní úrovni

nebo místní drogové politiky. Výstupem jsou jejich názory, postupy a potřeby, dle kterých se služby či politiky mohou vyvíjet dále. Nevýhodou tohoto zapojení může být, že tyto výsledky mohou být vhodné pro lokální podmínky.

5.3.2 Rada uživatelů drog

Jedná se o demokratické fórum, ve kterém diskutují uživatelé a zaměstnanci v rámci léčebného ústavu a rozhodují o faktorech kolem léčby. Rada může být vybrána, volena nebo otevřena všem uživatelům. Nevýhodou této metody je časová náročnost a vzhledem k nemožnosti volby členů do rady z řad pouličních uživatelů, je těžké ji aplikovat na místní protidrogové strategie .

5.3.3 Peer interence

Toto je postup, který zahrnuje vzájemnou podporu, vzdělávání, atd. Peer přístup je široká definice, která zahrnuje aktivity, vedené vrstevníky, u nichž je předpoklad, že žili s ostatními nebo pomocí jiných modelů mohou ovlivnit změny v chování. Nevýhodou této metody je možné riziko ze strany uživatelů, které je třeba ošetřit pevnými a jasnými pravidly, vzděláváním a supervizí. Blíže bude popsáno níže v kapitole „Peerwork“.

5.4 Organizace uživatelů drog

Organizace uživatelů drog jsou také forma zapojení uživatelů do drogových služeb, programů a politik, ale existují na dvou úrovních kdy 1) je tým tvořený jak aktivními uživateli i profesionály v oboru, kdy obě skupiny jsou si rovny a za 2) je tvořena lidmi ze stejné sociální vrstvy, skupiny, komunity, v tomto případě uživateli drog. Tyto organizace se začaly podílet na formování služeb, tvorbě protidrogových politik apod., přičemž organizace složené jen z profesionálů zde sebraly inspiraci k zapojování uživatelů drog do „svých“ programů, poněvadž zjistili, že mít v týmu názor někoho z cílové skupiny, vrstevníka je velice efektivní a pomáhá to k rozvíjení a formování poskytovaných služeb.

Pro organizace uživatelů drog je v mezinárodním kontextu používána zkratka DUO (Drug Users Organisations).

Uživatelé drog vytvářejí svépomocné skupiny, které působí jako jednatele s úřady. Tyto skupiny se většinou nacházejí v Evropě, ale jsou stále nestabilní a váhají mezi institucionalizací a inovací, konfrontují své názory a zájmy

s profesionály.

V naší společnosti je velmi vzácné, aby lidé, kteří užívají opiáty, kokain a amfetamin nebo kombinaci těchto a dalších látek, byli vyzýváni, aby promluvili a hráli aktivní úlohu při formulování drogových politik a postupů v drogové oblasti. Naproti tomu je s uživateli drog často zacházeno jako s druhořadými občany, kteří jsou bezprávní, bez názoru a identity. Jsou považováni za pasivní příjemce nebo objekty, které potřebují pomoc, trest, kontrolu a jsou proti nim nutná opatření (Anker et al., 2008).

Tito autoři se snaží definovat organizaci uživatelů drog jako zastupující aktivní uživatele drog, jejíž cílem je poukazovat na otázky a problémy uživatelů drog v souvislosti například s léčebnými systémy, politikou nebo systémem trestního soudnictví, které jsou pro ně nepřijatelné. V tomto smyslu organizace slouží jako zájmová organizace.

Organizace uživatelů drog zahrnuje mnohem více autonomie pro uživatele při spolupráci napříč agendami, které hájí jejich zájmy, což je přímo spojené s vnitřním posílením v zasažené populaci. Nicméně i v organizacích uživatelů drog je důležitá úloha profesionálů (EMCCDA, 2010).

5.4.1 Typy a funkce OUD

Typ organizace a aktivity se liší v každé zemi v závislosti na kulturním, politickém a sociálním kontextu. Morální představa, vzor užívání drog, model Sociálního státu, národní protidrogové politiky (např. dostupnost substituční léčby), to vše jsou zdroje, příležitosti i bariéry, se kterými se tyto skupiny musejí vyrovnávat (Pompidou group, 2009).

Funkce organizací uživatelů drog spadají do několika oblastí, následující rozdělení je dle Friedmana (2008).

- V oblasti HR přispívají k prevenci šíření HIV a dalších infekčních nemocí. Ve většině evropských zemí se ujali šíření osvěty mezi uživatele drog, někde se zapojili i do distribuce a výměny injekčního materiálu mezi uživatele drog. V oblasti HIV spolupracují i s jinými subjekty (nemocnice, orgány ochrany veřejného zdraví, apod.).
- V léčbě drogové závislosti poskytují poradenství a užitečnou kritiku poskytujícím organizacím, při té příležitosti také pořádají demonstrace na zavedení těchto změn.

- Obdobně spolupracují i s policií, jejich způsoby spolupráce se liší v každé zemi. Často šíří ideu, proč je princip HR lepší pro společnost, policii a uživatele drog než vést „válku proti drogám“. Hlavním úkolem je, aby policie uznala myšlenku, že uživatelé drog si nezaslouží být demonizováni a mělo by s nimi být nakládáno jako s lidskými bytostmi.
- Jako nátlaková skupina slouží také ve společnosti proti hanobení uživatelů drog a v mnoha případech se snaží o ukončení legality drog. S tím souvisí i rozvíjení lidské integrity uživatelů k uživatelům, čímž pomáhají řešit stigmatizaci, které jsou vystaveni.
- Některé organizace také fungují jako sdružení ochrany spotřebitelů tváří v tvář drogovým dealerům. Například v Nizozemí rozdali do ulic letáky, které upozorňovaly na určité léky, jejich názvy a rizika předávkování.
- Fungují jako neformální poskytovatelé poradenských služeb, krizové intervence či odkazují do dalších institucí.
- Mohou být poskytovatelé sociálně příznivého prostředí pro uživatele drog a dávají jim možnost naučit se novým dovednostem a být členem komunity.

5.4.2 Cíle OUD

Podle výzkumu v roce 2007 provedeného INPUD (International Network of People who Use Drugs) a Correlation Network byly z 38 Organizací uživatelů drog z 21 zemí po celém světě mezi hlavní priority a činnosti organizací uživatelů drog stanoveny:

- prosazování a ochrana zdraví / drogové politiky;
- zvyšování povědomí veřejnosti o hlavních problémech v komunitě uživatelů drog;
- vrstevnická podpora pro uživatele drog a lidí žijících s HIV/AIDS;
- HIV vzdělávání a prevence;
- výroba elektronických a tištěných časopisů a bulletinů, stejně jako jiných druhů informačních materiálů;
- organizování, vedení, moderování školení, workshopy, semináře, vrstevnická setkání;
- vzdělávací a vrstevnická podpora práce na party scéně;
- provozování ubytovacích projektů;
- drop-in centra s různými službami (Pompidou Group, 2009).

5.5 Cíle zapojování uživatelů drog

- Zapojování uživatelů drog je určitým závazkem programu ke zlepšení zdraví a lidských práv pro uživatele drog a zároveň vysílá jasný signál pro uživatele i do širší komunity o důležitosti těchto členů, jejich znalostí a dovedností, které přinášejí.
- Zapojování a organizování lidí, kteří užívají drogy přispívá k občanské angažovanosti a politické odpovědnosti pro uživatele drog i samotné organizace.
- Práce na úrovni komunit je nedílnou součástí zvyšování pocitů sounáležitosti k této komunitě.
- Práce, ve strukturovaném prostředí umožňuje uživatelům drog získat důležité dovednosti, které mohou uplatnit při postupu do dalších zaměstnání.
- Být zaměstnaný a vydělečně činný je společensky hodnotné, tudíž to posiluje sebeúctu.
- Spolupráce s uživateli je přímým přístupem k jejich cenným poznatkům o potřebách a postupech, které cílová skupina populace uvítá.
- Uživatelé jsou často nejefektivnější poslové v cílové populaci pro dosažení ochrany veřejného zdraví.
- Zaměstnanci, uživatelé drog, jsou ideálními vzory pro ostatní uživatele. (Open Society Foundations, 2010)

6. Peerwork v Harm Reduction

Tato kapitola pojednává o zapojení vrstevníků v HR službách, neboť právě tuto část spolupráce zkoumám i v praktické části. Peerwork je zde chápáno jako práce vrstevníků, zahrnující výměnný program, vzdělávání a předávání informací svým vrstevníkům, tj. uživatelům drog o rizicích spojených s užíváním drog, odkazují je do dalších služeb, případně léčby, nabízejí zdravotnický materiál a celkově se je snaží motivovat ke změně k lepšímu životu.

6.1 Historie

Počátky zapojení vrstevníků nalezneme v oblasti vzdělávání mezi žáky na

školách. Tato myšlenka vznikla v roce 1950 v USA. Vybraní žáci se vzdělávali a ve své třídě mezi vrstevníky šířili zdravotní poradenství například o alkoholu a tabáku. První programy byly ve směru jednosměrné komunikace od vyučujících přes „dobré“ žáky-vrstevníky ke vzdělávání „špatných“ žáků.

Nyní se metody vzdělávání prostřednictvím vrstevníků využívají například v oblasti marketingu, najímáním nové síly, která pomůže proniknout mezi nové zákazníky.

6.1.1 Oblast zdravotnictví

Programy jsou využívány po celém světě, v mnoha oblastech veřejného zdraví včetně výživy, plánování rodiny, užívání návykových látek či prevence násilí. Zahrnuje množství prvků, které mají vliv na zdraví a tím velmi dobře zapadá do komplexního pojetí zdraví.

V cílové skupině je využíváno vrstevnického potenciálu, aby vzdělávali své přátele v konkrétní problematice. Jsou vybráni a vyškoleni k provádění formálních i neformálních vzdělávacích aktivit, které se zaměřují na rozvoj mladých lidí, zejména jejich znalosti, postoje, přesvědčení a dovedností v ochraně vlastního zdraví. Cílem je posilovat pozitivní chování nebo minimalizovat či eliminovat rizikové chování v cílových skupinách.

6.1.2 Oblast uživatelů drog

S příchodem HIV a AIDS se začali uživatelé drog organizovat, informovat a podporovat svou komunitu. Právě prevence HIV/AIDS byla jedna z prvních oblastí, kde se začaly vytvářet organizace uživatelů drog a právě ony se podílely na tvorbě drogové politiky a služeb.

V roce 1993 začal projekt Evropské vrstevnické podpory (EPSP), jehož předmětem bylo zapojení vrstevníků do prevence HIV mezi injekčními uživateli. Hlavním cílem bylo podpořit profesionální a dobrovolnické drogové služby, včetně věznic a organizací uživatelů drog. Bylo založeno několik evropských odborných iniciativ, z nichž poté vycházelo a vznikalo mnoho nových programů.

Kampaně na podporu zdraví a prevenci HIV začaly být efektivní v momentě, kdy uživatelé drog, organizace, vrstevníci a odborníci začali spolupracovat, učit se od sebe navzájem a komunikovat. Vytvořila se spolupráce na podporu ochrany zdraví, která se za spolupráce vrstevníků uzpůsobila každodennímu životu

uživatelů drog (<http://peerinvolvement.eu>).

6.2 Charakteristika

Peerwork dle principů HR je založena na myšlence, že vrstevníci, ačkoli jsou uživatelé drog, mohou fungovat jako důležitý zdroj informací a podpory pro své vrstevníky. Během spolupráce mohou změnit své postoje, zvyky, názory a rizikové chování nejen u sebe, ale i ve vlastní sociální síti. Mají jedinečnou příležitost se zapojit do konkrétních každodenních situací, ve kterých cílová skupina žije.

Dobrovolné peerwork terénní programy jsou součástí úspěšných intervencí, zejména v zemích a oblastech, kde je cílová populace službám skryta a je velmi těžké ji vyhledat (např. žádné drogy v ulicích, prostituce, bezdomovci) (Mikkonen et al., 2007).

Tyto programy se dle Rhodesse (1999) liší od klasických terénních programů dvěma způsoby:

- snaží se dosáhnout změny chování uvnitř specifické cílové skupiny uživatelů drog,
- usiluje o změnu chování prostřednictvím osvěty v rámci určité skupiny za pomoci pracovníků-vrstevníků, kteří jsou současní nebo bývalí členové skupiny.

Zapojením současných a bývalých injekčních uživatelů drog do výměnných programů může být rozšířena síť pokrytí. Nejjednodušší formou je poskytovat lidem, kteří jsou v kontaktu se službami více injekčního materiálu a prostředků nejen pro jejich potřebu, ale také pro lidi, které znají.

Typy výměnných programů se zapojením uživatelů z exchangesupplies.org:

- Peer vedení - současní nebo bývalí uživatelé mají na starosti program, ale nemusí poskytovat všechny jeho aspekty,
- Peer distribuce - současní případně bývalí uživatelé drog provádějí výměnu jehel i pod službou, která není vrstevnický vedená,
- Peer vedení a peer distribuce - model, který je kombinací dvou výše uvedených, má v sobě největší potenciál a zároveň je spjat s nejobtížnějším vytvořením infrastruktury a získáním trvalé podpory.

6.3 Proč provádět harm reduction peerwork

- Cílovou populaci se nedaří efektivně oslovit existujícími způsoby intervence,
- existující způsoby intervence neposkytují ty služby, které cílová populace potřebuje,
- terénní pracovníci mohou kontaktovat a dosahovat individuálních změn pouze u omezeného množství uživatelů drog,
- vrstevníci mohou oslovit všechny uživatele drog uvnitř své referenční skupiny nebo sociální sítě,
- mohou dosáhnout změn chování u jednotlivců i u skupin (Rhodes, 1999).

6.4 Základní principy a cíle pro peerwork

- Rovnost

Vrstevníci spolu sdílejí zkušenosti a uznávají část společné identity a ačkoli každý jedinec má různé osobnostní nebo profesionální vlastnosti, ve skupině vrstevníků lidé poznávají své vrstevníky, ne jako identické, ale rovnoprávné. Rovnost je klíčem k peer práci.

- Sebeurčení

Cílem práce je podpořit lidi, aby si sami rozhodovali o svém každodenním životě a osudu. Mají příležitost rozhodnout se, jak proces sebeurčení nastane a kam bude směřovat. V těchto programech se posilují práva v rámci strukturovaných projektů, do nichž mohou vrstevníci vstupovat, mají zde důležitou roli ve vývoji a dochází k nerovnováze mezi odborníky i cílovou skupinou, což má vliv nejen na společenství, jeho změny a cíle, ale také na úroveň jedinců, kterým mohou pomoci pokročit ve svém životě a potencionálně řešit problém související s drogami.

- Právě a plné zapojení

Programy podporují otevřený dialog a diskuzi založené na principu aktivní účasti vrstevníků, neboť tato rozhodnutí se jich bezprostředně dotýkají. Vrstevníci jsou smysluplně zapojeni do rozvoje a provádění politik, rozvoje služeb a dalších aktivit.

- Stavět na silných stránkách

Peer programy nejsou jen odpovědí na specifický problém, ale mají pozitivní zaměření a staví na individuálních i společných silných stránkách vrstevníků a

cílové skupiny, kterými jsou schopnost komunikace, podpory, sdílení zkušenosti a sdílení společné identity. Pro kvalitní peer práci nejsou důležité limity, potřeby a problémy pracovníků, ale jejich schopnosti.

- Komunitní rozvoj

Vrstevnické programy řeší prvotní příčiny marginalizace, sociálního vyloučení a diskriminaci zranitelných komunit v oblasti základních práv, možnostech a prostředcích. Cílem je začlenění těchto komunit prostřednictvím podpory a posilováním vzájemných iniciativ v komunitě.

- Pracovat s lidmi tam, kde se nacházejí

V rámci vzájemné podpory je nutné poskytovat řadu možností a reálných alternativ podpůrných intervencí, které mohou pro zlepšení své situace uživatelé ve své fázi učinit. Malé kroky vpřed směrem ke zlepšení je nutné podporovat a usilovat o další, vedoucí ke zlepšení kvality života.

- Vzájemný respekt

Důležitým bodem v peer práci je vzájemný respekt k životnímu stylu, osobní volbě a zkušenostem, nelegálním aktivitám a zranitelnosti vrstevníků. Každá iniciativa by měla uznávat aspekty zranitelnosti a pracovat bez předsudků, s jemností, důstojností, respektem a důvěrou k jedinci, jeho identitě a soukromí (<http://peerinvolvement.eu>).

Praktická část

V praktické části jsem se zaměřila na tři vybrané peerwork programy v České republice. V následujících kapitolách budou popsány části a průběh výzkumu, dále pak výsledky a zhodnocení výzkumu.

7. Výzkumné otázky a výzkumné cíle

7.1 Cíle

Cílem mého výzkumného šetření je analýza stávajícího stavu a popsání principů fungování tří současných peer programů operujících ve třech programech České republiky. Vybranými programy jsou Sananim o.s., Progressive o.s., Most k naději o.s.

Vedlejším cílem je prozkoumat jaké metody při spolupráci s klienty používají poskytovatelé služeb, jaké mají cíle a jaká je rozdílnost v jednotlivých programech. Ve výzkumu chci dále zjistit názor peerworkerů na jejich pracovní pozici a také charakteristiku jejich cílové skupiny.

7.2 V průběhu výzkumu se snažím odpovědět na tyto výzkumné otázky

- 1) Jaká jsou filozofická východiska, principy a způsoby organizace peerwork programů ve vybraných organizacích?
- 2) Jaké jsou rozdíly ve fungování programu v jednotlivých organizacích?
- 3) Jaká je typologie klientů, kteří nejsou v kontaktu s K-centry a běžnými TP?
- 4) Co očekávají poskytovatelé od zavedení pozice peerworkerů?
- 5) Jaký postoj k této službě zaujímají samotní peer-pracovníci?
- 6) Jaká je efektivita peer programu? (počet vyměněných jehel, počet kontaktů za rok, atd.)

8. Metody tvorby dat

Jako typ výzkumného šetření jsem zvolila kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru, který těží maximum z výhod strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Je výborným výzkumným nástrojem pro oblasti

aplikace většiny výzkumných plánů v oblasti kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006).

V první fázi probíhal výběr zařízení systematicky, telefonické oslovování jednotlivých nízkoprahových zařízení působících na území Čech. Účelem bylo zjistit, zda mají program, při němž zaměstnávají nebo jinak spolupracují s klienty. Tyto informace nejsou ve výročních zprávách nebo webových stránkách dostupné. Ve většině oslovených se jednalo o klasickou sekundární výměnu, kdy jeden klient mění pro více uživatelů, nebo programy byly z nedostatku financí pozastaveny či zrušeny. Oslovenými zařízeními byly větší organizace jako Sananim, o.s., Laxus, o.s., Semiramis, o.s., Renarkon o.s., Podané ruce, o.s., Kotec, o.s., Progressive, o.s., Spektrum a Most k naději, o.s. Z těchto uvedených existují dva programy, které zapojují uživatele drog na území hlavního města Prahy a jeden zaměstnává ex-usera jako terénního pracovníka na severu Čech.

Vedoucí programů byli osloveni a požádáni o spolupráci, poté kontaktováni emailem s informacemi o obsahu a účelu výzkumu a časovou náročností. Předpokládaná metoda sběru dat byla v ohniskových skupinách v každé organizaci, bohužel z časových a také provozních důvodů tato metoda pro vedoucí služeb nebyla možná.

Sestavili jsme kompromis na polostrukturované interview, jehož osnovu jsem předem zaslala k nahlédnutí emailem vedoucím programů. Otázky byly pro všechny programy stejné, pokud se k jejich programu nevztahovaly, respondenti neodpovídali.

V každém zařízení byl proveden polostrukturovaný rozhovor s vedoucím programu a jedním z peerworkerů, kteří byli vybíráni vedoucími služby.

Polostrukturovaný rozhovor tvoří seznam předem připravených otázek přičemž způsob, forma odpovědí na tyto otázky zůstává víceméně volná, aktivita interviewujícího je vysoká a sám si určuje styl odpovědi (Ferjenčík, 2010).

Sběr dat probíhal až na výjimku v prostorách jednotlivých zařízení, maximální stanovená doba na jeden rozhovor byla 60 minut, kterou jsem nechtěla překročit a snažila se vejít do limitu 45 minut.

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na nahrávací zařízení, s čímž všichni účastníci výzkumu souhlasili, zároveň jsem si zapisovala poznámky, ke kterým jsem se pak opakovaně vracela, aby nedošlo ke zkreslení.

Ke zhodnocení efektivity programu jsem využila údaje obsažené ve

výročních zprávách jednotlivých zařízení, z nichž jsem také doplňovala informace o zařízeních.

9. Charakteristika výběrového souboru

9.1 Sananim, o.s.

Sananim, o.s. je největším nestátním poskytovatelem služeb v oblasti prevence, péče a léčby na nealkoholových drogách. Patří také k nejstarším programům u nás, jeho počátky se datují k roku 1990. Nyní má v provozu 11 hlavních zařízení, kterými jsou terénní programy, kontaktní centrum, centrum ambulantní detoxifikace a substituce CADAS, denní stacionář, terapeutické komunity Karlov a Němčice, doléčovací centrum s chráněnými byty, Drogové informační centrum, Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, pracovní a sociální agenturu, poradnu pro rodiče a velké množství rozšiřujících projektů.

Terénní programy mají působnost v Praze, jejich raritou je výměnný program a testování v sanitce, externí terénní programy a s nimi související publikace časopisu Dekontaminace. Zaměřují se na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek v Praze, snaží se zvyšovat jejich motivaci ke změně životního stylu. Mezi poskytované služby patří výměna sterilního injekčního a zdravotnického materiálu, testování na infekční nemoci, různé formy poradenství, zprostředkování služeb jiných zařízení a mnoho dalšího. Stálý tým profesionálních terénních pracovníků tvoří 14 zaměstnanců a externí terénní programy mají kapacitu 10 pracovních míst.

Tým externích terénních pracovníků, v této organizaci používají zkratku XTP, je nyní tvořen týmem 8 klientů a klientek v poměru půl na půl ve věku nad 30 let, u nichž substituce není podmínkou, jsou to aktivní uživatelé.

První rozhovor probíhal v prostorách, kde se XTP programy scházejí, nejprve s vedoucím služby a poté s klientem. Peerworker je uživatelem THC a pervitinu, náš rozhovor probíhal z kapacitních důvodů mimo prostředí programu, v restauračním zařízení, což bylo pro klienta příjemnou změnou, z hlediska čitelnosti audio nahrávky to bylo trochu komplikovanější.

Materiály k nahlédnutí byly výkazy jednotlivých pracovníků o výkonech práce, službách a nálezech. Od vedoucího programu jsem dostala k dispozici pravidla pro

externí pracovníky, předlohy průkazek externích terénních pracovníků, prezentace k XTP programu a několik Word dokumentů o jejich programu. (www.sananim.cz)

9.2 Progressive, o.s.

Jedná se o stabilní a profesionální organizaci, která vznikla v roce 2003 poskytující kvalitní a vzájemně navazující služby v oblasti terciární prevence drogových závislostí, zejména na území hlavního města Prahy. Další aktivity sdružení v minulosti i současnosti směřují k dětem a mladistvým. Této cílové skupině se věnuje program poradenského centra pro děti (Cross-over) působící na území hl.m. Prahy a ve Středočeském kraji. Programy pro uživatele drog jsou K-centrum (Stage 5), Prodejní automaty na zdravotnický materiál (Non-stop 24), terénní programy (No-biohazard), jejich zajímavostí je, že někdy jsou prováděny na bicyklech.

Tým je složen z 5 profesionálních pracovníků. Samostatným programem jsou kontejnery k likvidaci použitého injekčního materiálu (Fixpoint), který byl zahájen v roce 2009 a od roku 2011 spolupracuje s uživateli drog. Cílem služby je instalace kontejnerů v injekčními uživateli zatížených lokalitách Prahy, které jsou vybírány dle hygienických norem max. každých 78 hodin v chladnějším počasí, v teplých měsících, 48 hodin. Klienti-zaměstnanci vybírají tyto kontejnery a dále provádějí sběr pohozeného použitého injekčního materiálu ve vybraných lokalitách. Celková kapacita týmu je 4 pracovní pozice, přičemž obsazené jsou nyní 3, jsou to muži, v substituční léčbě ve věku nad 35 let.

I zde probíhal rozhovor jak s vedoucí programu, tak s peerworkerem, tentokrát oba v prostorách K-centra. Klient byl vybrán a osloven vedoucí v předchozích dnech a s rozhovorem souhlasil. Je v substituční léčbě metadonem.

Kvantitativní data z tohoto programu jsou obsažena ve výroční zprávě, i zde jsem mohla nahlédnout do denních výkazu a pracovních hlášení jednotlivých pracovníků. (www.progressive-os.cz)

9.3 Most k naději, o.s.

Organizace vznikla v roce 1995 z původní nadace Sokrates. Jejím polem působnosti je Ústecký a Liberecký kraj, sídlo celé organizace je v Mostě. Zpočátku se jeho činnost zaměřovala především na pomoc osobám užívajícím omamné a

psychotropní látky. Další aktivitou byla osvěta veřejnosti formou primárně preventivních přednášek a také pomoc a sociální integrace lidí, stojících na okraji společnosti. Nyní mezi služby patří Linka duševní tísně, Centrum pro rodinu a následnou péči, Dům na pul cesty, Služby sociální prevence, K- centra v Liberci, Mostě a České Lípě a Terénní programy v Mostě a Liberci, pod které spadají terénní pracovníci České Lípy.

Terénní programy v Libereckém kraji jsou tvořeny 8 pracovníky, kteří objíždějí větší města v kraji jako např. Česká Lípa, Jablonec nad Nisou, Frýdlant v Čechách, Turnov, Semily a Hrádek nad Nisou a jejich přilehlé obce. Tým pracovníků má mezi svými členy bývalého uživatele pervitinu, který je v pozici profesionálního terénního pracovníka. Ex-user pracuje v pozici již třetím rokem. Rozhovor jak s vedoucím programu tak s ex-userem probíhal v prostorách K-centra Liberec. Z databáze FreeBase mi byly poskytnuty údaje o navázaných kontaktech, in/out injekčním materiálu v porovnání s celým týmem terénních programů. (www.mostknadeji.eu)

10. Metody analýzy dat

Nahrané rozhovory byly přehrány a přepsány, ačkoli se jedná o proces časově náročnější, je to dle Švaříčka a Šedové (2007) praktické z několika důvodů: za prvé při analýze dat je třeba se opakovaně k údajům vracet a pročítat je, což je na přepisu jednodušší než přehrávání audionahrávky, za druhé je to vizualizace dat, tj. můžeme je zvýrazňovat, komentovat, vytvářet sítě vztahů jednotlivých výpovědí a za třetí je rozvíjení schopností vést rozhovor, neboť se výzkumník poučuje ze svých chyb.

Přepsaná data byla zpracována metodou obsahové analýzy a tím i zredukována, neboť, jak uvádí Ferjenčík (2010), výstupem většiny obsahových analýz psaného materiálu jsou vývody a interpretace, které se opírají o frekvenci výskytu zkoumaných jednotek v jednotlivých kategoriích rozdělena na jednotky, kterou může být slovo, sekvence slov, věta i odstavec.

K těmto výstupům jsem přiřadila klíčová slova, aby byla rychlejší manipulace s těmito částmi textu dle procesu kódování, což je proces identifikace a systematického označování významových celků dle vytvořených kritérií. (Miovský, 2006)

Následovalo zpracování dat metodou vytváření trsů, kdy jednotky

z obsahové analýzy byly seskupovány do trsů na základě vzájemného překryvu mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejich zařazení do dané skupiny (trsů) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, charakteristickým uspořádáním apod. (Miovský, 2006)

Data byla utříděna do trsů, kde každý trs tvořila jedna výzkumná otázka. Výroky z jednotlivých organizací byly barevně odlišeny a odděleny výroky vedoucích služeb a peerworkerů.

Z výročních zpráv jednotlivých zařízení budou statistické údaje o počtu pracovníků a počtu přijatého nebo sesbíraného materiálu podrobeny zpracování matematicko-statistické metodě. Údaje dle této metody lze zpracovat, jak uvádí Gavora (2000), buď pomocí kalkulačky nebo programem Excel, čímž je práce velmi ulehčena a zrychlena. Pomocí dosazování proměnných do výpočtů se dopočítají jednotlivé hodnoty, na základě kterých získáme potřebné hodnoty, například průměrný počet stříkaček na pracovníka apod.

11. Etika výzkumu

Jak je psáno v knize Švaříčka a Šedové (2007), zvažování důsledků výzkumu, zejména uveřejnění závěrů by mělo patřit k náležitostem každého kvalitativního výzkumu. Dále také uvádějí, že etické znamená splnění určitých principů v rámci dané profesní skupiny.

Všichni vedoucí služeb byli předem písemně informováni, jaká data a k jakému účelu budou použita, jak s nimi bude zacházeno, tato informace jim byla při osobním setkání zopakována.

Respondenti byli předem seznámeni s osnovou rozhovoru a metodou zaznamenávání dat, tj. audio nahrávkou. Dostali informaci jak budou data zpracována, přepsána a následně zlikvidována smazáním a skartací.

V rámci výzkumu je také zachována částečná anonymita, kdy jména respondentů nejsou uveřejněna, jsou používány pouze názvy organizací, za kterou vystupují.

S uveřejněním názvů organizací a následným používáním zkratk v praktické části výzkumu souhlasili vedoucí služeb písemnou komunikací a stejným způsobem podali informovaný souhlas. Před zahájením rozhovorů byli

peerworkeri také poučení o výše uvedeném, přičemž byl informovaný souhlas nahrán na audio nahrávku. Informovaný souhlas, neboli poučený souhlas znamená, že se osoba zúčastní studie, pouze pokud s tím souhlasí. Předtím musí být plně informována o průběhu a okolnostech výzkumu (Hendl, 2005).

Všem respondentům bude celá bakalářská práce po uveřejnění odeslána.

12. Výsledky

Osnovy pro polostrukturované interview byly tvořeny 34 otázkami pro vedoucí služeb a 29 pro peerworkery. Úvodem dotazníků jsem se dotazovala na detailnější informace o jednotlivých zařízeních a počátky vzniku spolupráce. Výsledky budou sepsány v kategoriích rozdělených dle výzkumných otázek. Respondenti budou zakódováni do zkratk V - vedoucí, P -peerworker a zkratka příslušné organizace, S - Sananim, o.s., P - Progressive, o.s., M - Most k naději, o.s. a T -tazatel.

12.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou filozofická východiska, principy a způsoby organizace peerwork programů ve vybraných organizacích?

Všechny programy hledaly inspiraci v zahraničí, kde se spolupráce s uživateli drog osvědčuje. Programy a pravidla se neustále vyvíjejí a uzpůsobují dle chodu a nastávajících komplikací.

T: „ Kde se zrodila myšlenka nebo inspirace zavést programy pro spolupráci? “

VP: „ Chodili jsme vybírat kontejnery...není to úplně složitá práce...proč to nezkusit, aby to dělali klienti. “

VM: „ On se nám sám přihlásil do výběrka...vedoucí byl osvícenec o spolupráci s uživateli a tak...“

T: „ Dle jakých modelů (-pokud jste model používali) jste sestavovali pozici a pravomoci pracovníka- uživatele drog? “

VS: „Měli jsme různé nastavení programu...výkonový, při němž byli pracovníci finančně odměňováni za použité stříkačky...stabilizační, při kterém byl kladen důraz na odchod do léčby...ted' je to kompromis...měli by se nějak sociálně

stabilizovat, ...vzdělávat se a také by měli nosit určitý minimální počet stříkaček. “

Od všech třech pracovníků se očekává osobní vývoj, stabilizace a vzdělávání. V případě programů S a P je možností vstoupit do substitučního programu, není to však podmínkou, klienti mají individuální poradenství. Pracovník v M je pod pravidelnou supervizí a jakožto zaměstnanec v sociálních službách je povinen se vzdělávat.

T: *„Kdo je ve vašem programu pracovník? Jaká je definice? Jak program označujete? “*

VS: *„Je to externák, který vykonává prospěšnou činnost pro své vrstevníky,... XTP. “*

VP: *„Pracovníkem je klient,...má zájem se více začlenit do programu,... FIXPOINT“*

VM: *„Pracovník je terénní pracovník. “*

Pro pracovníky v programu platí pravidla jako pro většinu běžných zaměstnanců, týkají se docházky na čas, mít osobní doklady, které si v S a P mohou zařídit v počátku spolupráce, musejí svou práci dělat řádně a jak nejlépe umí, jinak nastává systém sankcí.

T: *„Jaká jsou pravidla pro peerworkery v programu? “*

VS: *„Vrstevníci nesmějí zaměňovat svoji identitu s terénními pracovníky...nesmějí kšeftovat a prodávat materiál,... “*

Tato pravidla respektují i jednotliví pracovníci, nevnímají je jako omezování, ale jako hranice, které je nutné dodržovat. Pracovníci byli tázáni jak by pravidla změnili či upravili, většina z nich váhala a ve výsledku jsou spokojeni, nastavení jim vyhovuje.

PM: *„jediný co, tak asi...šlapat terén ve dvou...ale zvyknul jsem si. “*

12.2 Výzkumná otázka č.2: Jaké jsou rozdíly ve fungování programu v jednotlivých organizacích?

Všechny programy mají na vrstevníky určitou kapacitu, pokud je v programu P volné místo, je nabídnuto všem, s hledáním nového peerworkera se v programu

M ještě nesetkali, ale může se přihlásit do výběrového řízení. Program S dělá před vstupní rozhovor s anamnézou a úkolem pro zájemce do následujícího týdne, pokud splní úkol, může být postupně zapojován do programu. Tento úkol spočívá ve zlepšení celkové situace klienta, např. jít se umýt a čistě obléci.

Vrstevníci v S a P jsou finančně odměňováni, přičemž v P je to 70 korun na hodinu v S je to systém úkolů za jednotlivé částky, pracovník si může přijít až na 700 korun týdně, oba programy pak nabízejí různé výhody v podobě potravin nebo hygienického servisu. Pracovník v M má tabulkovou mzdu.

T: „*Jak je peerworker odměňován-pokud je?* “

VS: „*...je financován jednotlivě za úkoly,...za neplnění je sankciován...je mu částka strhnuta, třeba za pozdní příchod,...* “

Plný pracovní úvazek má pracovník programu M, který dochází každý den, v terénu se pohybuje třikrát týdně od 14 hodin do 22 hodin, jednou týdně od 13 hodin do 18 hodin, kdy dopoledne a také celý jeden den dělá administrativní práci, jednou měsíčně je supervidován. Poněkud volněji do práce dochází pracovník S, který v pondělí má individuální konzultace, dochází k zápisu detailů pracovní činnosti, konzultace nálezů. V úterý dochází na 2 hodiny, mění materiál a je vyplácena mzda, ve středu je program vzdělávání a příprava materiálu pro terénní pracovníky, obdobně mohou docházet i ve čtvrtek. Pracovník programu P dochází dvakrát týdně, úterý a čtvrtek, přičemž jeden vybírá kontejnery a zbylí dva provádějí sběr v Praze 5,7 a 8, pracovníci se systematicky střídají, stejně tak ve čtvrtek, kdy má jeden individuální konzultaci a ostatní jsou v terénu,. Ve čtvrtek je také porada.

T: „*Jaký má peerworker harmonogram práce?* “

VS: „*Přijde v pondělí, ...zapíše do tabulek kdy, kde a jak dlouho pracoval, jakou službu poskytl a pro kolik osob, ...konzultujeme výskyt použitého materiálu s mapou... ...vzdělávání stávajících vrstevníků, učíme je a učíme se...* “

Klienti mají různé harmonogramy práce, ačkoli zpočátku jejich akceptování pro ně bylo náročné, neboť docházet někam pravidelně a na čas pro ně je změnou, nyní jej skvěle ovládají a se svým harmonogramem jsou spokojeni.

T: „*Jaký máte harmonogram práce, jak ho vnímáte?* “

PS: „...dá se to zvládat...je to příjemnej stereotyp. Kdo to chce dát, zvládá to.“

PP: „...dá se to v pohodě.“

PM: „... vnímám harmonogram dobře, prosadili jsme si posunutí pracovní doby a v teplejším počasí snad přitvrdíme...pokud nám to vedení dovolí.“

12.3 Výzkumná otázka č.3: Jaká je typologie klientů, kteří nejsou v kontaktu s K-centry a běžnými terénními programy?

Klientela peerworkerů je rozmanitá přesto má společný cíl, zůstat v anonymitě a skrytá. Ex-user M je v kontaktu s uživateli i na otevřené drogové scéně v rámci terénních programů, nicméně má velmi dobrý přehled o té uzavřené. Pracovníci P nepracují s cílovou populací, ale i kontejnery jsou instalovány pro uživatele, kteří nechtějí být v kontaktu se službami, případně širokou veřejnost, která chce zlikvidovat pohozený injekční materiál. Cílová skupina využívá nejčastěji výměnný program v menší míře informace, poradenství a zdravotnický materiál v případě M se jedná o další služby běžné pro terénní programy.

PS: „Jsou to asociálové...vaříči...kravaťáci, lidi co na to nemaj čas...berou všichni...většinou chtěj vyměnit...zdravotní materiál, jen někteří chtěj doprovodit na úřad nebo tak.“

PM: „Aktivní i rekreační uživatelé...dost často jsou to starý známý...lidi co si píchaj perník...někdo nebo sami si udělali čáru přes sny, plány, iluze,...někteří si fakt zaslouží změnu“....„Maj taky zájem o testování, poradenství a odkazy do léčby.“

T: „Jakým způsobem vyhledáváte nové klienty?“

PS: „Když se mi vyloženě sám nabídne, že jako chce čistou...tak mu ji dám...zavolaj si mě na telefon...ty stálý...já si vybírám, podle toho kdo na mě zapůsobí.“

PM: „...chodím na toxi místa...oslovuju lidi, co vypadají, že o drogách něco vědí...dávám letáky.“

Všichni pracovníci vnímají pozitivní zpětné vazby od klientů, které jim jsou odměnou za vykonávanou činnost. Jsou pro ně motivací a posílením, že práce má smysl. Jejich vztah s klienty se během práce buď nezměnil a pokud ano, tak jedině

v pozitivním smyslu, budují se osobní vztahy a nejde jen o materiál. Se zpětnými vazbami od přátel a bližšího okolí vrstevníků to již tak jednotné není.

T: „*Jak vnímali Vaši práci ostatní uživatelé, přátelé, známí?*“

PS: „*Ty co mi to přejou, mi pomáhaj,...najdou se ty závistivci a co mi to nepřejou...házej klacky pod nohy.*“

PP: „*Většinou pozitivně,...ale já už se s nima nestýkám.*“

PM: „*Známí kroutěj hlavou...musíš vydělávat ty prachy...a ten názor...vy jim pomáháte fetovat a tak.*“

Během práce se peerworkeri dostávají do různých konfliktů, a to nejen s vrstevníky, ale jak uvádí M, také s kolegy. Pracovník P se nesetkává s cílovou skupinou, nicméně se dostal do situace, kdy se stal svědkem odcizování kontejneru a s klidnou hlavou zasáhl. Pracovník S je často vystavován konfliktům z neomalenosti cílové skupiny.

T: „*Dostáváte se někdy do nepříjemných situací? Konfliktů?*“

PS: „*Taky no... jsou materialisti, který když jim nedám tolik kolik chtěj, protože tolik nemám tak mě chtěli rozbít hubu.*“

12.4 Výzkumná otázka č.4: Co očekávají poskytovatelé služeb od zavedení pozice peerworkerů?

T: „*S jakým očekáváním se pozice zaváděla?*“

VS: „*Nakontaktování skryté populace uživatelů drog, ... distribuce injekčního materiálu...informace.*“

VP: „*Chtěli jsme to zkusit...aktivní zapojení klientů...jejich lepší návrat na trh práce.*“

VM: „*Byl potřebný pracovník ...má kontakty na klienty...uzavřená drogová scéna...původně to měl být terén v Liberci, ale dělal teréňáka kdysi v Lípě pro jinou organizaci...tak bylo super to tam obnovit.*“

Celkově by všechny organizace chtěly své programy více rozvíjet v různých oblastech jako například pokrytí služeb, finanční ohodnocení, časové dotace, kapacita vrstevníků apod. Program M by rád sehnal dotace na odměny pro klienty provádějící sekundární výměnu na malých městech, což by mohlo být formou vytvoření externích terénních programů a vzdělávání těchto klientů, kteří již teď na své např. vesnici provádějí distribuci aplikačního materiálu a vzdělávacích letáků.

V rámci osobních vývojů peerworkerů se očekává sociální stabilizace, splnění nějakého cíle (registrace na úřadu práce, nalezení zaměstnání, bydlení, řidičský průkaz) vývoj směrem kupředu.

Obdobná očekávání měli i vrstevníci:

T: „Co Vás přimělo se přihlásit? Jaká jste měl očekávání?“

PS: „Proniknout mezi jinou sortu...sem někomu prospěšněj, nepřipadám si zbytečnej“

PP: „Hlavně peníze, ...čekal jsem víc peněz.“

PM: „...práce na smlouvu, normální život,...splatit dluhy...nevěřil jsem, že mě bez vzdělání vezmou.“

T: „Jaká si myslíte, že jsou očekávání na Vás od vedení? Abych dělal svoji práci pořádně? Pocitově? Dával tomu víc než je moje povinnost?“

PS: „Že budu dělat v pohodě svou práci...bude na mě spoleh...to asi jo, když to dělám, protože mě to baví a né že musím.“

PP: „Budu tady fungovat...pracovat...najdu si práci...pocitivě to děláme snad všichni...asi jo.“

PM: „Dělám svou práci tak jak to cítím, že to je nejlíp,... z práce mám jít utahaném... víc než se odě mě čeká...rozhodně né míň.“

13.5. Výzkumná otázka č.5: Jaký postoj k této službě zaujímají samotní peer pracovníci?

O existenci tohoto programu se klienti dozvěděli od svých přátel, z terénních programů a kontaktních center a PM z internetu. Dva pracovníci skromně udávají, že si nejsou vědomi, na základě čeho byli vybráni právě oni. PS dodržel zakázku a tím si zdůvodňuje své udržení v programu.

T: „Jaké jste měl představy o práci (programu)? Byly nějaké obavy?“

PS: „...pohybovat se mezi lidma, kam se jiný nedostanou...kámoš mi dopředu řek jak to funguje.“

PP: „Kámoš, uživatel, říkal mi jak to funguje...ale dělá jinde...čekal jsem to taky takový, nějaký zázemí a tak.“

PM: „Jasnou, bágel, stříkačky...měl jsem velký obavy, byl sem dlouho v izolaci od lidí...zkušenost vyhoření.“

Svou pracovní pozici vnímají všichni tři pracovníci velice pozitivně, dělají ji rádi, vnitřně je naplňuje a dodává jim pocit sebedůvěry a vlastní potřebnosti, zodpovědnosti.

Dále také uvádějí, že touto prací si rozšířili své obzory v oblasti zdraví, drog a služeb a také kritizují vývoj drogové scény, uživatelů a jejich aplikace na veřejnosti. Pracovníci se také domnívají, že změnili svůj pohled na drogy, aplikaci, rizika a zdravotní důsledky, do jaké míry a jakým způsobem můžeme vycházet z aktuální pozice pracovníků. Jiný pohled má několik let abstinující ex-user i pracovník v substituční léčbě může postupně dostávat určitý náhled a aktuální uživatel má také svůj specifický pohled na situaci. Ačkoli všichni kritizují uživatele drog za jejich chování, je otázkou jak se v některých situacích chovají sami.

T: *„Měl jste někdy pocit, že Vás to nebaví, že skončíte? Co to způsobilo?“*

PS: *„ Měl..když byla vyhrocená situace...věděl jsem kolik buchen mám...nevěřili mi a přepočítávali po mě kolik vracím...kus od kusu.“*

PP: *„Ještě zatím nikdy...dělám to rok a půl.“*

PM: *„Milionkrát i teď...někdy přemejšlim o smyslu povolání a co to obnáší...jak mi umřel kámoš, klient, byl sem vyhořelej...chci skončit každý den a každý pátek se těším na pondělí...mám svou práci rád.“*

Na otázku o co klienty obohatila a připravila tato práce se všichni shodli, že neměli žádnou ztrátu a obohacení jak na poli osobním, tak finančním a společenském.

PM: *„ ...neztratil jsem nic a jestli jo tak strach z cizích lidí a situací.“*

12.6 Výzkumná otázka č. 6: Jaká je efektivita peer programů?

Jako zdroj kvantitativních dat pro zhodnocení efektivit jsem obdržela výroční zprávy jednotlivých zařízení a dostala možnost nahlédnout do denních výkazů pro představu počtu vyměněného materiálu za den a týden. Dostal s Macháčkovou (2005) ve své práci citují Frömelovu definici efektivit, jako úspěšnost v plnění cílů. Dále uvádějí, že k jejímu posouzení je nutné uvažovat velké množství ukazatelů, které se mnohdy jen s obtížemi exaktně měří.

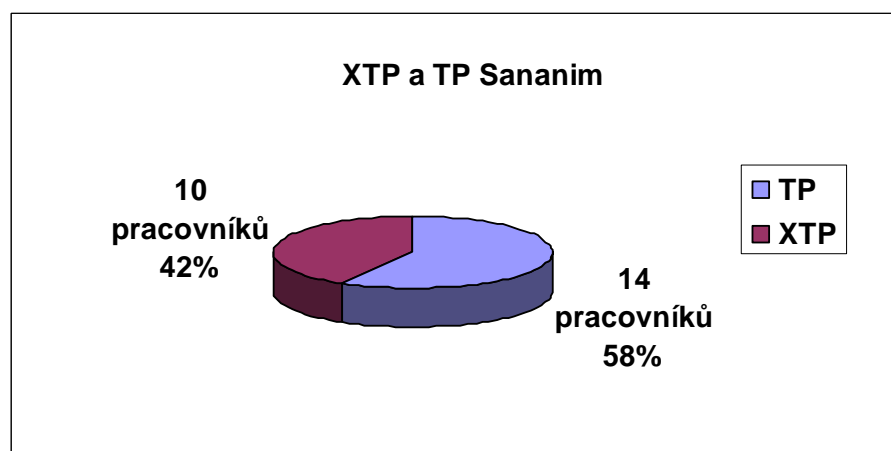
Data z výročních zpráv hovoří o množství poskytovaných služeb, ale neudávají jak kvalitně byly provedeny, proto kvantitativní data poslouží pouze k částečnému hodnocení efektivity. Vzhledem k rozdílnostem mezi jednotlivými programy jejich efektivitu nelze zcela porovnávat mezi nimi navzájem, proto budou zhodnoceny samostatně v rámci své organizace.

Sananim peerwork program (XTP) spolupracuje s terénními programy (TP), přičemž terénních pracovníků je 14 a kapacita peer pracovníků je 10. Počet vydaných setů oběma programy v roce 2011 celkem činil 384 419 z toho 41% tedy 157 948 kusů vydali pracovníci XTP programu. V přepočtu na jednoho XTP pracovníka se jednalo o 15 795 setů za rok. Rozpočítáme-li počet vydaných setů na pracovníka u TP, jednalo se o 16 177. XTP programy v roce 2011 přijaly 162 877 setů a v roce 2012 jich přijaly 165 248. Počet přijatých a vydaných setů v roce 2012 byl stejný. V porovnání s rokem 2011 to činilo o 2371 přijatých setů více a o 7300 vydaných setů více.

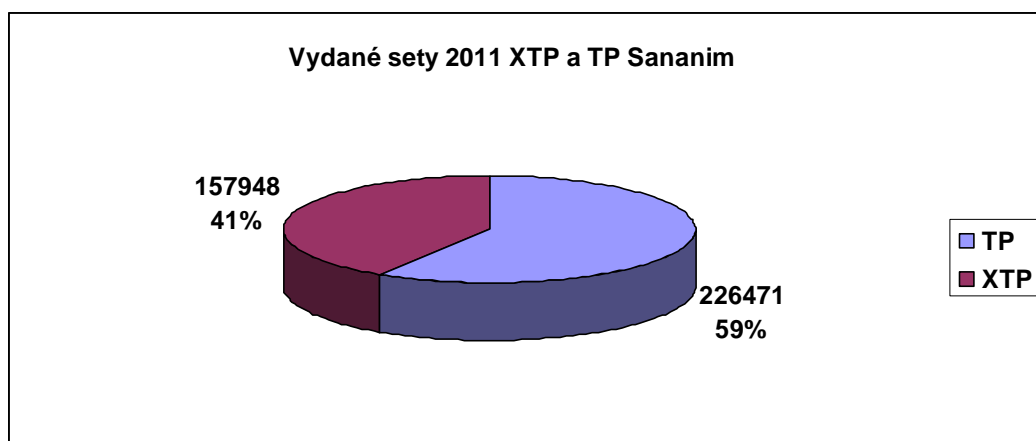
Počet kontaktů v roce 2011 byl 32 461, ze kterých 8% čítaly XTP programy, tedy 2835, které za 2012 navýšily o 523 kontaktů.

Celkově lze říci, že XTP programy měly vzrůstající čísla, která mohou vypovídat o efektivitě v rámci výměnného programu. Bohužel, tyto údaje nejsou schopny říci, jaká byla kvalita těchto a jiných poskytovaných služeb.

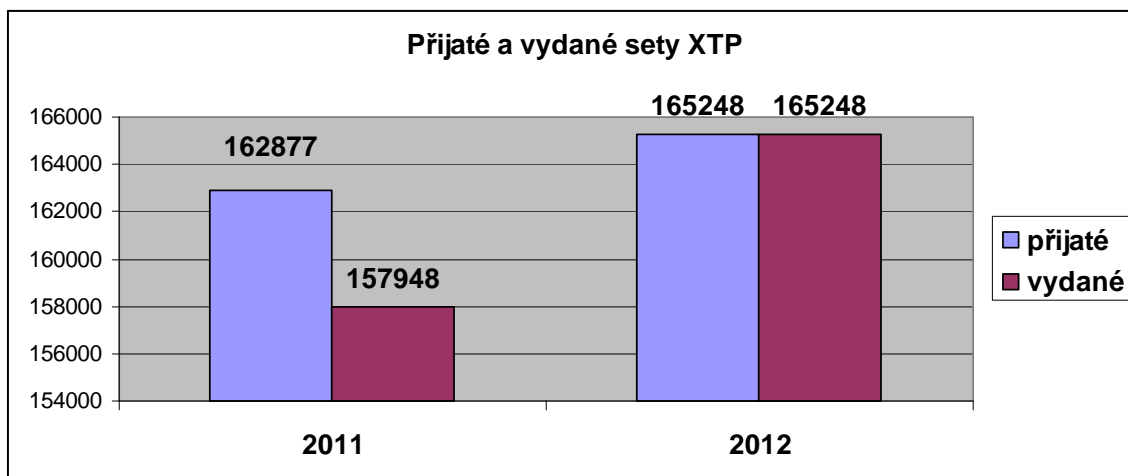
Graf č. 1: Podíl terénních pracovníků a externích pracovníků programu Sananim.



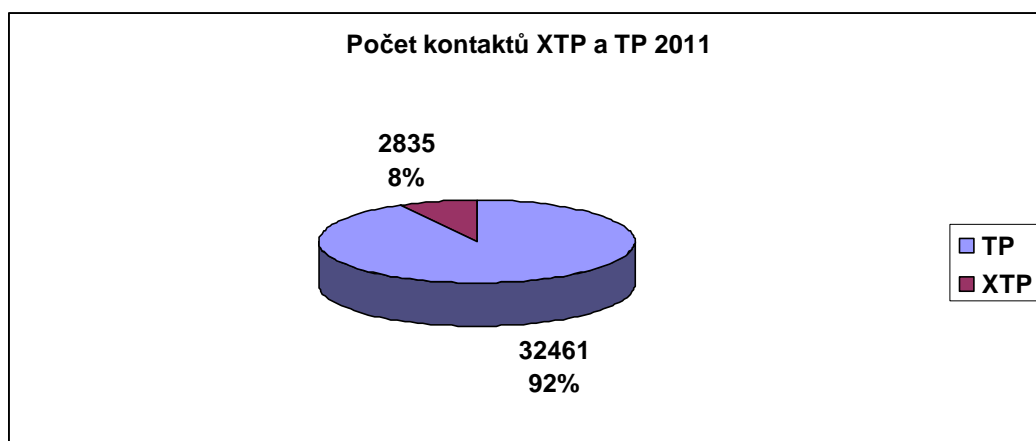
Graf č. 2: Počet vydaných setů XTP programy a TP v roce 2011.



Graf č. 3: Počet přijatých a vydaných setů XTP programů v roce 2011 a 2012.



Graf č. 4: Počet kontaktů XTP a TP v roce 2011.

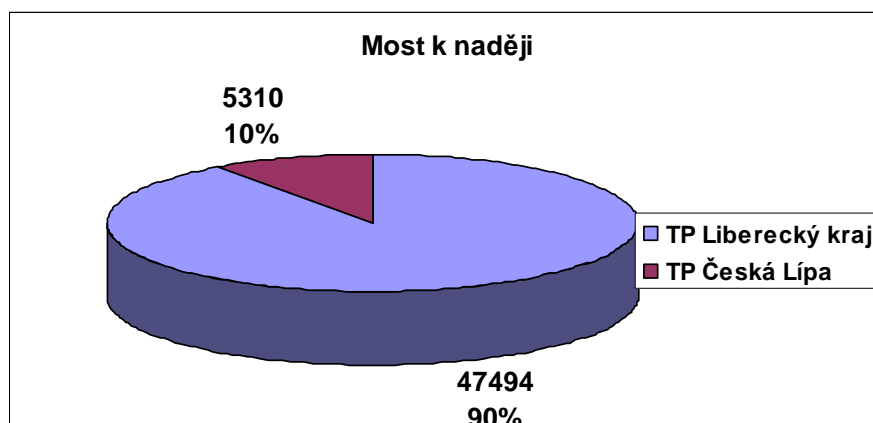


Terénní programy poskytované ex-userem probíhají v oblasti České Lípy od roku 2011, proto nelze hodnotit vývoj služeb v čase. Terénní program Česká Lípa spadá pod tým terénních programů Libereckého kraje. Počet přijatých injekčních stříkaček za rok 2011 bylo celkem 52 804, kde TP Liberecký kraj tvořilo 10% podíl, tedy 5310 kusů. Počet vydaných jehel v roce 2011 byl 51 208 kusů. Rozdíl mezi přijatými a vydanými injekčními stříkačkami v roce 2011 byl 3714.

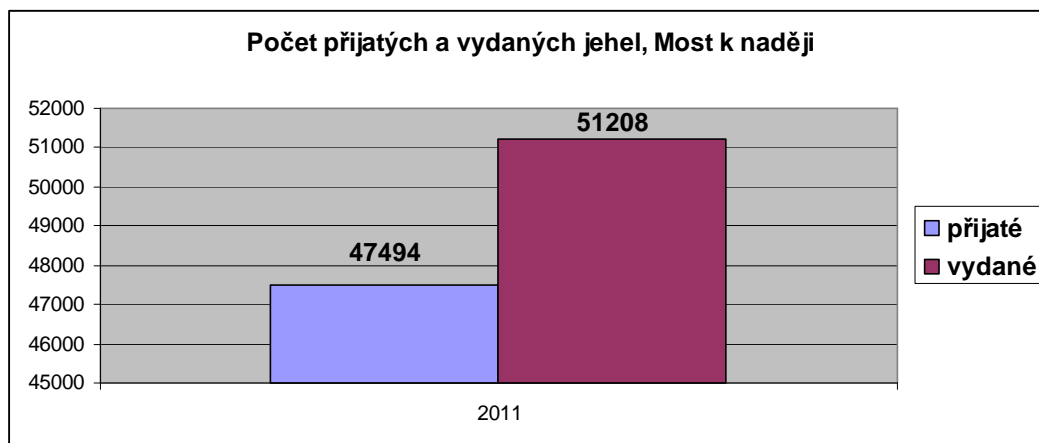
K poukázání na efektivitu výměnných programů bych ráda zdůraznila na data, která říkají, že při jednom kontaktu TP Česká Lípa vydal v průměru 77 injekčních setů, kdežto TP Liberecký kraj měl průměr 13 injekčních setů.

Počet kontaktů, byl zde mnohem menší než v Praze, celkem TP Liberecký kraj 3948 z nichž 2%, tedy 76 kontaktů měl TP Česká Lípa

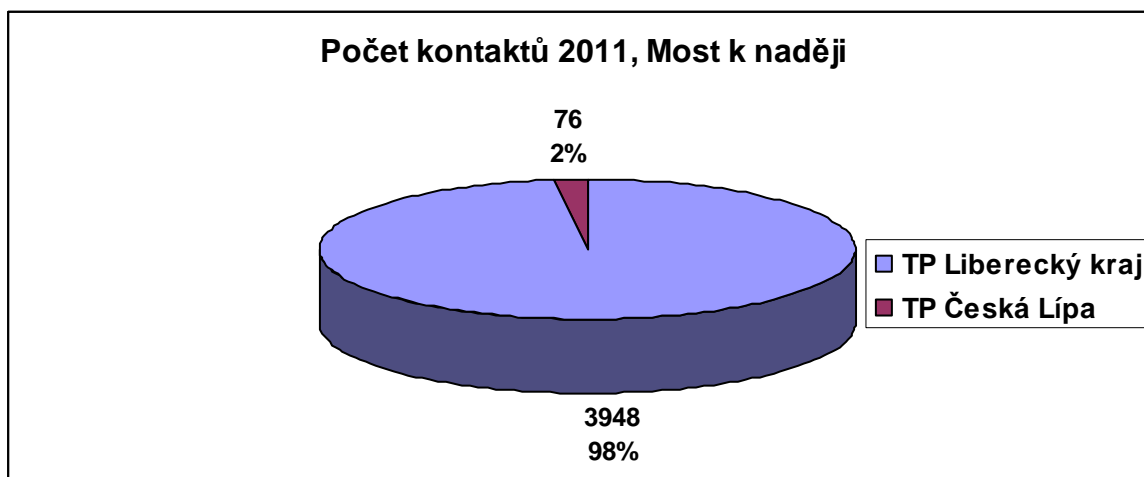
Graf č. 5: Podíl vyměněného injekčního materiálu za rok 2011 ex-userem v poměru s TP v Liberci.



Graf č. 6: Počet přijatých a vydaných jehel za rok 2011 TP Liberec.

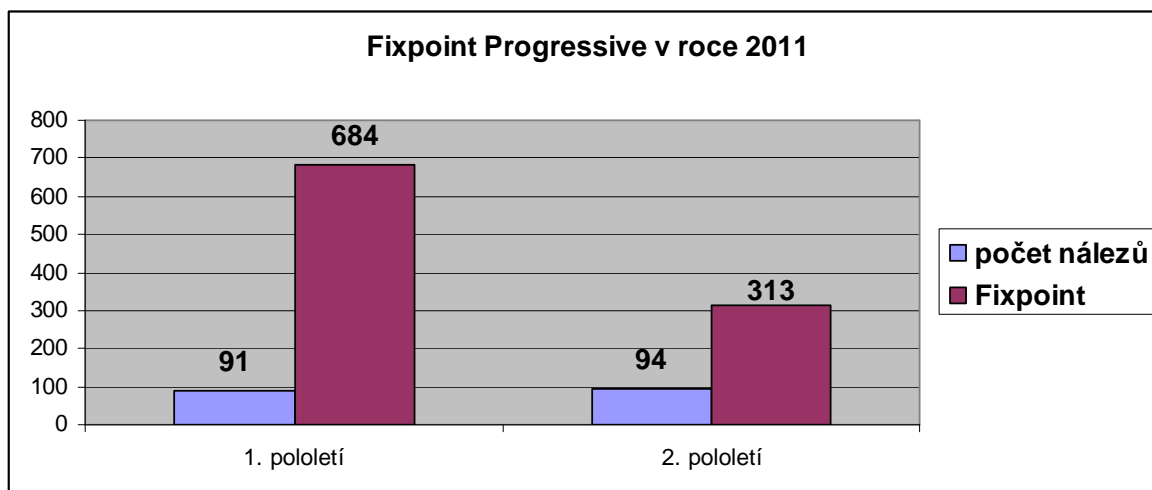


Graf č.7: Počet kontaktů TP Liberec a TP Česká Lípa za rok 2011.

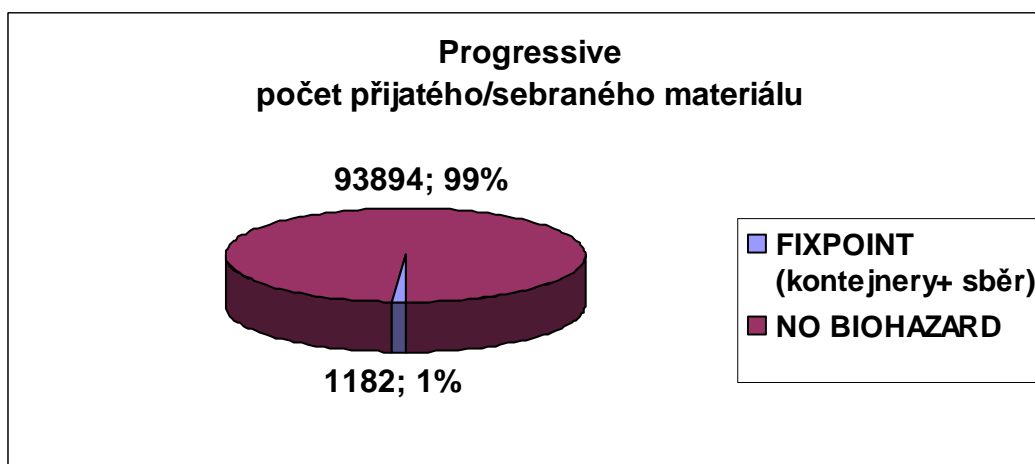


Organizace Progressive, o.s. má k programu Fixpoint k dispozici pouze data za rok 2011. V prvním pololetí byl počet použitých stříkaček v kontejnerech dvakrát větší než v druhém pololetí. Při srovnání s daty terénního programu No Biohazard, tak by svými nálezy pokryla 1% přijatého materiálu TP.

Graf č. 8: Počet použitých injekčních stříkaček nalezených v kontejnerech a mimo ně v roce 2011.



Graf č. 9: Poměr sebraného injekčního materiálu jak pohozeného tak z instalovaných kontejnerů v poměru přijatých jehel programu No Biohazard.



13. Diskuse

Vezmeme-li si výzkumný soubor, ve výsledcích se jednalo vždy o názor vedoucího a pouze jednoho peerworkera za každou organizaci, čímž mohlo dojít ke zkreslení subjektivním vnímáním jedince a je možné tvrdit, že by odpovědi byly rozmanitější a více reprezentativní za danou organizaci, kdyby došlo k rozhovorům s více pracovníky.

Do výzkumného souboru měl být také zahrnut z každého programu terénní pracovník, který se měl účastnit rozhovorů v ohniskové skupině. V programu Sananimu byl vedoucí programu zároveň terénním pracovníkem, v Progressivu měli jiné sídlo než celý program a v Mostu k naději byl peerworker terénní pracovník. Z toho důvodu byly otázky týkající se spolupráce mezi terénními programy a peerworkery vynechány.

K mnohem variabilnějším datům bych se dostala využitím metody již zmiňované ohniskové skupiny, což je jedna z nejprogresivnějších kvalitativních metod, kdy dochází k interakci mezi jednotlivými účastníky výzkumu (Miovský, 2006). Tuto metodu nebylo možné aplikovat jednak z časových omezení jednotlivých programů a dále z organizačních důvodů, neboť by museli být přizváni další účastníci výzkumu, což by omezilo fungování programů.

V dotazníku bylo také uvedeno několik otázek, které byly vhodné spíše pro

nízkoprahové programy mimo Prahu, neboť jak uvádí Libra (2003), kontakty s klientem ve velkém městě s velkým množstvím klientů mají rušnější atmosféru. Kdežto na malých městech se „čeká na klienty“, jejich přístup je osobnější a obě skupiny nelze porovnávat, protože výstupem jsou jiná vodítka (např. počet změn v chování jednotlivců apod.). Tyto otázky se týkaly velikosti sekundárních výměn, vztahem mezi organizací a klienty, návykové látky v cílové skupině apod. Na tyto otázky jsem dostala odpovědi pouze od programu Most k naději, o.s., proto jsem výsledky nezveřejňovala.

Data k zhodnocení efektivity jsou velice úzce specifikována na výměnný program a u programů, které nabízejí větší škálu služeb, nedošlo k rozšíření hodnocení, neboť tato data nejsou dostupná. Efektivita by neměla být měřena pouze výstupy o počtu přijatých a vydaných injekčních stříkaček, ale také o HR poradenství zaměřené např.: bezpečnou aplikaci zhodnocením snížení výskytu infekčních onemocnění apod.

K zhodnocení kvantitativních dat u pracovníka Mostu k naději je vysoký počet jehel na jednu výměnu (cca 69) oproti terénním programům v dalších částech Libereckého kraje, což může být způsobeno velkým podílem tzv. sekundárních výměn, které jsou v této oblasti velmi časté, tvoří kolem 70% výměnných programů.

Velice zajímavý je také jev u údajů programu Progressive, ačkoli počet injekčního materiálu v kontejneru měl v druhém pololetí klesající tendenci, počet nalezeného materiálu byl téměř stejný, bohužel však údaje nebyly blíže vysvětleny.

Obsah výpovědí klientů mohl být také ovlivněn jednak prostředím a také osobním vztahem k tazateli. S prvním pracovníkem jsme prováděli rozhovor v baru, což pro něj mohlo být přirozené prostředí, byl velice hovorný a při přesunu z prostor programu do podniku odpadla formální atmosféra na volnější úroveň.

Oproti tomu druhý klient programu Progressive byl velice rozpačitý a velmi stručný v odpovědích. Přiznal, že nepatří mezi komunikativní typy, což je znát i na bohatosti výpovědí. S třetím pracovníkem ex-userem máme kolegiální vztah, neboť působíme ve stejné organizaci, což mohlo způsobit větší důvěru a otevření se při rozhovoru. Fakt, že se s respondentem známe, mohl také ovlivnit kvalitu dat, protože jsem si mohla nevědomě mnoho informací domyslet. Data mohla být ovlivněna našim působením ve stejné organizaci, vůči níž by se mohl vyjadřovat negativně.

14. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo analyzování stávajícího stavu a popsání principů tří současných fungujících peer programů ve třech programech v České republice. Ve výzkumu jsem si jako vedlejší cíle stanovila prozkoumání metody práce s uživateli, jaké jsou cíle poskytovatelů a jaká je rozdílnost v jednotlivých programech. Odpovědi na stanovené cíle jsem hledala také ve výpovědích peerworkerů, u kterých mne mimo jiné zajímal jejich vlastní názor na pracovní pozici. Ve výzkumu jsem chtěla blíže charakterizovat skrytou populaci uživatelů drog.

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 6 respondentů z 3 organizací, z každého programu vždy jeden peerworker a jeden vedoucí služby. Data kvalitativního výzkumu byla získávána polostrukturovanými rozhovory.

Všechny zkoumané programy se nechaly inspirovat zahraničními modely a pravidla fungování se neustále uzpůsobují, což svědčí o jakési nezralosti programů u nás. Pravidla jsou pracovníkům jasně daná a ti je akceptují. Cílem spolupráce s uživateli drog je nejen mapování uzavřené drogové scény, ale také zlepšování sociální situace zaměstnaných klientů.

Během výzkumu se našlo velké množství rozdílností v jednotlivých typech spolupráce. Počínaje hodinovou náročností jednotlivých programů, dle nichž jsou také rozdílně financovány.

Tyto programy chtějí jednotlivé organizace i do budoucna rozvíjet, neboť zlepšují síť pokrytí služeb a také je prokazatelná efektivita návratnosti injekčního materiálu, jiné údaje nebyly bohužel dostupné.

Důležitým cílem výzkumu bylo charakterizovat tzv. skrytou populaci uživatelů drog, která je pro vrstevníky mnohem lépe přístupná. V této části se nepodařilo docílit typické charakteristiky a vymezení, jedná se o široké spektrum klientů od distributorů drog až po podnikatele, zkrátka nechtějí být stigmatizováni jako uživatelé drog.

Jednotliví peerworkeri hodnotí svou práci kladně, pozitivní náhled mají na zakázky, které jim pomohly zlepšit jejich sociální situaci. Ačkoli se dostávají v rámci své pozice do konfliktů, váží si ji a snaží se ji vykonávat dle nejlepšího svědomí.

Stávající peerwork programy poukazují ve výzkumu na samá pozitiva, jak pro organizace s nimi spolupracujícími, tak pro vrstevníky a jejich cílové skupiny. V rámci zkvalitňování nízkoprahových služeb v České republice by měla být tato forma spolupráce rozšiřována, minimálně na větších městech. V západních zemích Evropy je tato forma spolupráce na mnohem vyspělejší úrovni, které by se měla naše úroveň postupně přibližovat.

Problémem, se kterým jsem se setkala během oslovování jednotlivých organizací, je nedostatek financí, který sotva pokryje náklady na chod organizace, natož dnes ještě nadstandardní službu, peerwork programy.

Výzkum bakalářské práce mi osobně rozšířil obzory na poli spolupráce s uživateli drog, jaké jsou formy a jaké programy vůbec u nás existují. Poněkud problematické pro mne bylo zpracování zahraniční literatury, které jsem si v přípravné fázi výzkumu dostatečně neuvědomovala.

Tento výzkum je analýzou existujících programů, které mohou být inspirací pro vznik dalších peerwork HR programů.

15. Použité zdroje

Literatura

Anker, J., Asmussen, V., Kouvonen, P., Tops, D. (2008): Drug users and spaces for legitimate action. In Foundation Regenboog AMOC: *Empowerment and Self-Organisations of Drug Users: Experiences and lessons learn*. Chapter 2. Netherlands: Foundation Regenboog AMOC.

Bednářová, Z., Pelech, L. (2003). *Sociální práce na ulici. Supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk.

Dostál, J., Macháčková, P. (2005). *Systémové pojetí edukačního procesu a možnosti měření jeho efektivnosti*. In *Systémové přístupy 2005*. Praha: VŠE.

Exass net, Pompidou group, (2009), *Drug user participation and European cities*, Coop, 8/2009.

Ferjénčík, J., (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Friedman, S.R., (2008): *Theoretical bases for understanding drug users organisations*. Dostupné na :<http://www.drugtext.org/Self-help-peer-support-and-outreach/theoretical-bases-for-understanding-drug-users-organisations.html>

Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

Herzog, A., Syrový, J., Zimmermannová, M. et al. (2008). *Pojmosloví nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Praha: Česká asociace streetwork, o.s.

Hrdina, P. (2003). Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In. Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1: Kap.5/1*, Úřad vlády České republiky

Hrdina, P., Korčíšová, B.(2003).Terénní programy. In. Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2: Kap.8/2. Úřad vlády České republiky.

Hunt, N., Albert, E., Montanés Sanchez, V., (2010). User involvement and user organising in harm reduction. In EMCDDA Monographs: Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Chapter 12. Luxemburg: Publications Office of the European Union.(2010).

Janíková, B. (2008). Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie: Kap. 2/7.Praha: Grada.

Kalina, K. a kol., (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K., a kol., (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Klíma, P., Herzog, A., Kunc, S., Racek, J. (2008). *Kontaktní práce: Antologie textů ČAS*. Praha: Česká asociace streetwork, o.s.

Libra, J. (2003). *Nízkoprahová kontaktní centra*. In. Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*: Kap.1/4. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V, Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mikkonen, M., Kauppinen, J., Huovinen, M., Aalto, E.,2007: *Outreach work among marginalised populations in Europe; guidelines on providing integrated outreach services*. Netherlands:Foundation Regenboog AMOC.

Miovský, M., (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Portál.

Open Society foundations, (2010). *Harm Reduction at Work: A guide for organizations employing people who use drugs*. New York: Open Society Foundations.

Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Boskovice: Albert.

Svenson, G. R. a kol. (2003). Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS. Liberec: Geoprint.

Švaříček, R., Šedlová, K.,(2007). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál.

Trojánková, A. a kol., (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.

World Health Organization, 2007, Guide to starting and managing needle and syringe programmes, Retrieved August 8, 2011 (str.16)

Zábranský, T. (2003). Drogová epidemiologie. In. Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1: Kap.8/2. Praha: Úřad vlády České republiky

Zákon č.108/2006 O sociálních službách. Dostupné na http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Webové zdroje

<http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

<http://stats05.emcdda.europa.eu/en/page018-en.html>

<http://peerinvolvement.eu>

<http://www.mostknadeji.eu/>

<http://www.progressive-os.cz/>

<http://sananim.cz/>